

Prof. Dr. Rolf G. Heinze
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



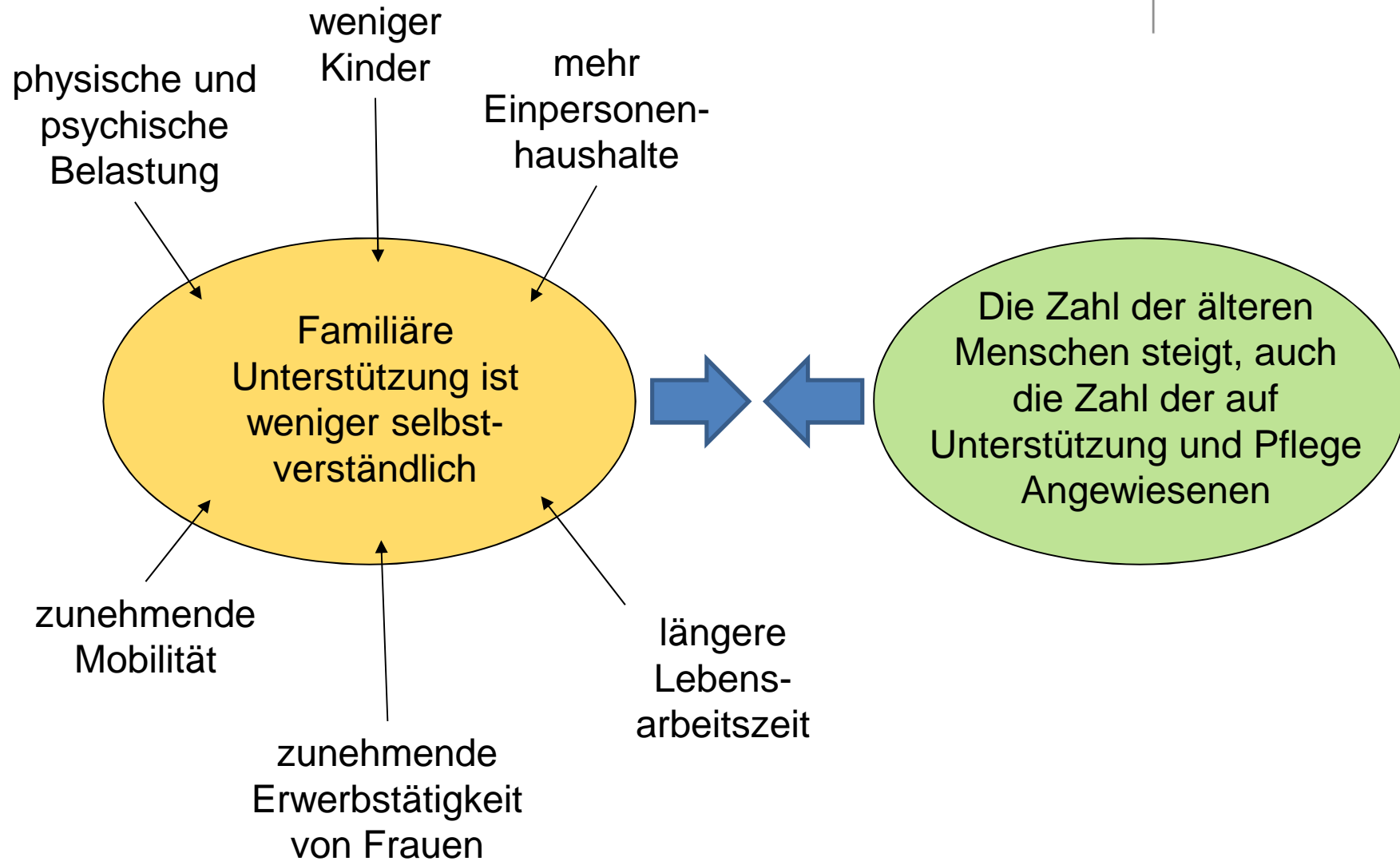
Chancen sozialer Gemeinschaften im demographischen Wandel

Vortrag beim Zukunftsforum Demografie des Landkreises Emsland

17. Mai 2017 in Lingen (Ems)

Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft | Ruhr-Universität Bochum (RUB)
Wissenschaftlicher Direktor | Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und
Regionalentwicklung an der RUB

- Sowohl im Siebten Altenbericht der Bundesregierung als auch in öffentlichen Diskursen rückt die **sozialräumliche Dimension** verstärkt in den Mittelpunkt: Die Dienste der Daseinsvorsorge entfalten ihre Wirkung erst in der direkten Lebenswelt. Vor Ort muss deshalb entschieden werden, wie diese konkret ausgestaltet werden müssen – wobei die **regionalen Unterschiede** wachsen.
- Nach den vorliegenden demografischen Daten lebt der größte Teil der älteren Menschen in gering besiedelten Gebieten, und dieser Anteil wird nach allen Prognosen zukünftig ansteigen.
- Vor allem die Kommunen und Landkreise sind hier gefordert, allerdings können die erforderlichen „Sorgestrukturen“ (mit Blick auf die ältere Bevölkerung) nicht nur von staatlicher Seite aus aufgebaut werden. Kommunen und Landkreise haben zwar einen **Gestaltungsauftrag**, allerdings können viele diesen Auftrag durch finanzielle Engpässe kaum noch realisieren, sodass der Bund und die Länder in der Verpflichtung für die Daseinsvorsorge stehen. Zudem gilt es, die **Potentiale der Zivilgesellschaft** (Vereine, Bürgerengagement etc.) zu nutzen und anzuregen.



- „Maßgeblich für die Qualität der Versorgung im Bereich der nach wie vor deutlich präferierten häuslichen Versorgung ist die Qualität des jeweiligen sozialen Netzwerkes, in dem der auf Hilfe verwiesene Mensch lebt. In stabilen Netzwerken (Unterstützungspersonen leben im selben Haushalt) und dort insbesondere im ländlichen Bereich sind die Gesamtzeiten der Unterstützung, die der Betroffene erhält, deutlich höher als in labilen und prekären Netzwerken (Einpersonenhaushalte ohne Angehörige im sozialen Nahraum), insbesondere im urbanen Bereich. Die Bruttounterstützungszeiten unter Einbeziehung aller Akteure (Familie, Nachbarn, freiwillig Engagierte und Professionelle) reichen von durchschnittlich 84 Stunden pro Woche in stabilen Netzwerken im ländlichen Bereich bis zu 9 Stunden in prekären Netzwerken im urbanen Bereich“ (Siebter Altenbericht 2016, 186f).
- Zukünftig werden solche **Sorge- und Unterstützungsstrukturen** aber auch in ländlichen Regionen ausdünnen, wenngleich der Großteil der Bevölkerung heute noch angibt, im Falle der Unterstützungsbedürftigkeit auf soziale Netzwerke zurückgreifen zu können.

- „Viele 65- bis 85-Jährige wohnen schon sehr lange im gleichen Wohnumfeld: Fast ein Drittel lebt mehr als vierzig Jahre an einem Ort. In fast 80 Prozent der Fälle sind über 50-Jährige das letzte Mal vor mehr als zehn Jahren umgezogen. Wenig überraschend ist, dass Wohneigentümer noch sehr viel seltener umziehen als Mieter: Während 60 Prozent der ab 50-jährigen Mieter vor mehr als zehn Jahren das letzte Mal umgezogen sind, trifft dies auf über 90 Prozent der Wohneigentümer zu.“
- Gerade in ländlichen Regionen zeigt sich die Bedeutung des Wohnumfeldes und der eigenen vier Wände für die Identität eines Menschen sowie seinem Bedürfnis nach Kontinuität und deshalb müssen **vor Ort neue Sorgestrukturen** aufgebaut bzw. abgesichert werden.
- Hier gilt es, alle relevanten Akteure bei der Gestaltung des demografischen Wandels zu aktivieren und neben den Netzwerken stärker die Potentiale technischer Assistenzsysteme zu nutzen, um den Wunsch der Älteren, möglichst lange zu Hause verbleiben zu können, zu realisieren.

- Bei einer repräsentativen Befragung aus dem Sommer 2016 rechnen 91 Prozent mit zunehmenden Schwierigkeiten bei der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. „Fast jeder zweite Arzt in Mittel- und Unterzentren mit weniger als 100.000 Einwohnern berichtet inzwischen, dass schon heute in seiner Region zu wenig Ärzte für eine ausreichende Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Vor sechs Jahren waren es 31 Prozent. Aber auch von den Ärzten in Großstadtreionen wird die Situation zunehmend kritischer eingeschätzt. Hier ist der Kreis derjenigen, die über die aktuelle Lage besorgt sind, im genannten Zeitraum von 21 Prozent auf 33 Prozent gestiegen“ (MLP Gesundheitsreport 2016, 36).
- Schon heute sind viele Ärzte in bevölkerungsschwachen Regionen selbst von den Auswirkungen des Ärztemangels betroffen (37 Prozent versorgen eine wachsende Zahl von Patienten – vor allem Hausärzte). Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte rechnet mit Problemen bei der Praxisaufgabe, viele haben aktuell große Probleme, qualifiziertes Personal zu bekommen.

- Es besteht Konsens, dass gerade ländliche Räume im demographischen Umbruch stärker unterstützt werden müssen. Dabei sind regionalspezifische Stärken zu aktivieren und weiterzuentwickeln (z.B. durch **interkommunale Zusammenarbeit**).
- Um das Wohnumfeld und die Lebensqualität der älteren Bevölkerung in ländlichen Räumen zu verbessern, könnten in zentralen Orten **Ankerpunkte** ausgebaut werden. Bundesprogramme (wie z.B. „Ländliche Entwicklung“) sollen innovative Ansätze bei sozialer Dorfentwicklung und Mehrfunktionshäusern erproben.
- Zudem ist eine gute technische Infrastruktur (gerade mit Blick auf die umfassende **Digitalisierung**) sicherzustellen, da zunehmend Einkäufe, Bankaufträge und Gesundheitsdienstleistungen online abgewickelt werden. Ältere Menschen müssen dabei hinsichtlich ihrer Teilhabemöglichkeiten stärker unterstützt werden.
- **Altersgerechte technische Assistenzsysteme** (zur Erhöhung der Sicherheit bis zum Tele-Health-Monitoring) breiten sich aus; immer mehr ältere Menschen haben den Wunsch, ihre Gesundheit und Sicherheit **selbst zu managen**.

- Im Siebten Altenbericht der Bundesregierung wird hervorgehoben, dass ohne **quartiersnahe Versorgungskonzepte** und einen Welfare-Mix hilfs- und pflegebedürftige Ältere oft alternativlos auf eine Heimunterbringung verwiesen wären. Einen frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung lehnt jedoch die große Mehrheit der Älteren nach verschiedenen Umfragen ab.
- In lokalen Projekten kann man den **Verbleib in der eigenen Wohnung** aber nur ermöglichen, wenn sowohl soziale Betreuung (professionelle soziale Dienste wie soziales Engagement) als auch technische Assistenz eingesetzt werden.
- Innovative Versorgungskonzepte entstehen immer stärker an den **Schnittstellen** verschiedener Kompetenzfelder (etwa durch die Verknüpfung von Wohnen und Gesundheit unter Einbezug der Medizintechnik/Telemedizin). Hier kommt es auf eine **intelligente Vernetzung** von bisher noch nicht kombiniertem Wissen und verschiedenen Akteuren an. Sie brauchen aber auch neue Finanzierungsstrukturen.

Immobilienbesitz

Frage: "Besitzen Sie oder jemand in Ihrem Haushalt ein Haus oder eine Eigentumswohnung?"

65- bis 85-Jährige

insgesamt



Westdeutschland



Ostdeutschland



Haushaltsnettoeinkommen

unter 1.750 Euro



1.750 bis unter 3.000 Euro



3.000 Euro und mehr



Wohnortgröße

unter 5.000 Einwohner



5.000 bis unter 20.000



20.000 bis unter 100.000



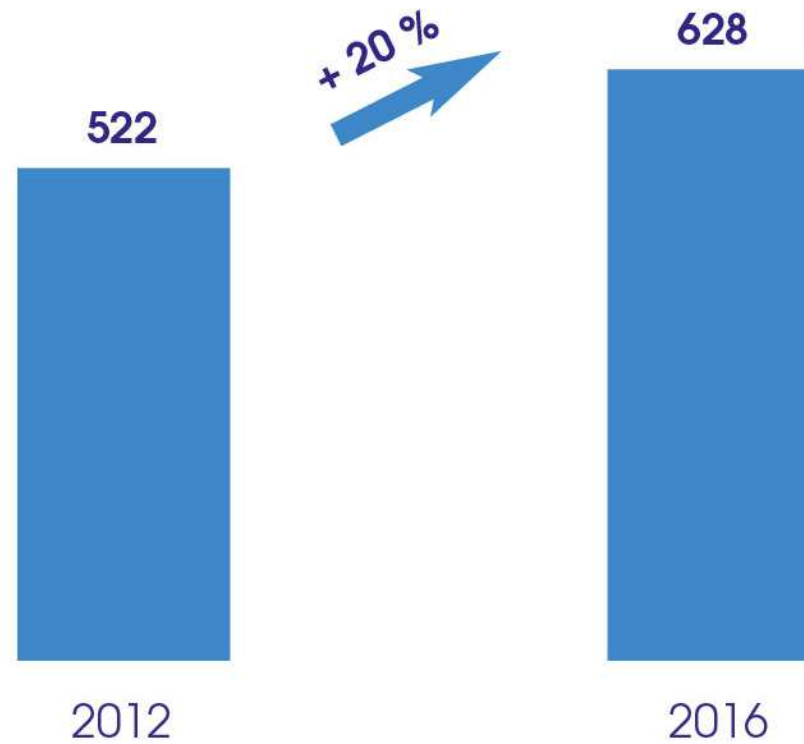
100.000 Einwohner und mehr



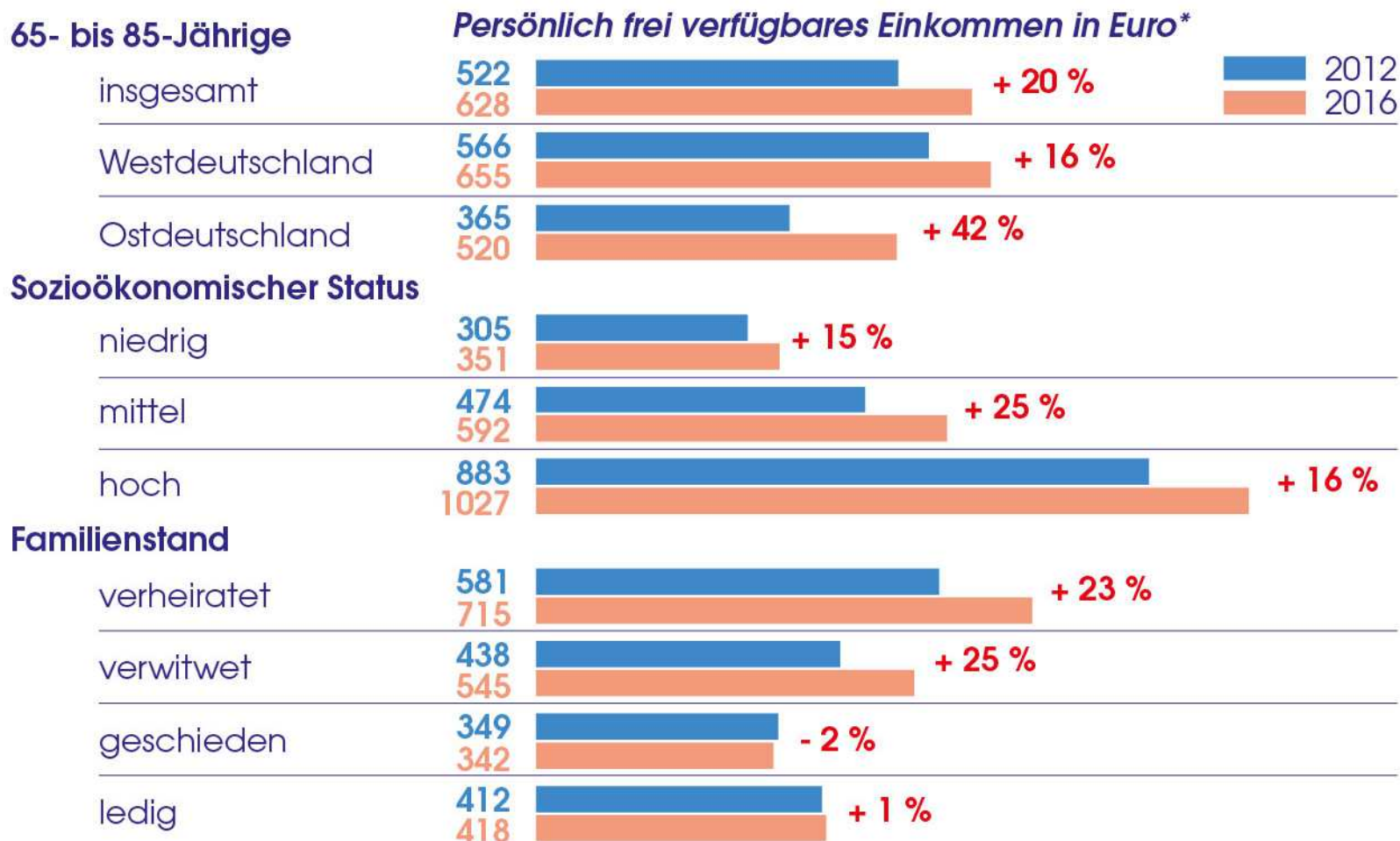
Deutlich gewachsener finanzieller Spielraum

Frage: "Wie viel Geld bleibt in Ihrem Haushalt durchschnittlich im Monat übrig? Wenn Sie vom Haushaltseinkommen alle laufenden Kosten wie Miete, Heizung, Kleidung, Essen und Trinken abziehen. Wie viel Geld haben Sie in Ihrem Haushalt dann ungefähr noch, mit dem Sie machen können, was Sie wollen?"

Persönlich frei verfügbares Einkommen (in Euro) -



Sehr unterschiedliche Entwicklung des finanziellen Spielraums in den verschiedenen soziodemographischen Gruppen



*Betrag, der im Monat durchschnittlich zur freien Verfügung bleibt, wenn alle laufenden Kosten wie Miete, Heizung, Kleidung, Essen und Trinken beglichen sind

- Die Betonung der sich verschärfenden Verschiedenartigkeit ist deshalb wichtig, weil sie die **Gestaltungsmöglichkeiten** der Kommunen mit Blick auf die Schaffung von Sorgestrukturen in hohem Maße mitbestimmen. Unterschiede beziehen sich auf die Lebenslagen aber auch auf die Wohnbedingungen. So sehen bspw. über 50% der Deutschen im Einfamilienhaus die ideale Wohnform und diese Haltung ist noch weitaus stärker im **Kreis Lingen** ausgeprägt. Hier leben über 60% im **Wohneigentum** (Vergleich Deutschland: 45,9%) und die Wohnungsgröße liegt deutlich über dem Durchschnitt.
- Inzwischen werden allerdings in manchen Orten die Rahmenbedingungen unzureichender, so dass die Daseinsvorsorge nicht mehr in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Dies gilt insbes. für **Dörfer** und Quartiere mit starken Eigenheimanteilen, die oft von kollektiver Alterung betroffen sind. Hier müssen systematisch Sorgestrukturen aufgebaut bzw. abgesichert werden.
- Die Politik im Kreis Lingen hat darauf reagiert und erprobt zusammen mit Akteuren der Zivilgesellschaft in vielfältigen **Gestaltungsprojekten**, wie die Orte „demografiefest“ gemacht werden können.

- Durch Bevölkerungsschrumpfung wird in einigen Regionen das Prinzip „Immobilie als Altersvorsorge“ zunehmend **infrage** gestellt. Ein Verkauf oder Vermietung und dann ein Umzug in besser versorgte Gemeinden ist allerdings kaum möglich, weil die Immobilienpreise dort gesunken sind. Die Option des altengerechten Umbaus ist auch mit Kosten verbunden, so dass einkommensschwache Haushalte oft in ihrem unsanierten und barrierebehafteten Wohneigentum „gefangen“ sind.
- Beispiele aus ländlichen Regionen zeigen allerdings, dass die Initiative und der Umsetzungswille von **engagierten Personen** – oftmals Bürgermeister zusammen mit freiwillig Engagierten – die Wohnbedingungen verbessern und die Nahversorgung sichern können (sh. Projektbeispiele beim Zukunftsforum Demografie des Landkreises Emsland).
- Best-Practice-Beispiele können aufzeigen, wie die demografischen Herausforderungen angegangen werden können und bedarfsgerechte Bestandsanpassungen und Weiterentwicklung der Infrastruktur möglich werden (sh. Studie „Von Kirchtürmen und Netzwerken“).

- Für die Entwicklung lokaler Strukturen der Sorge und Mitverantwortung spielen **soziale Beziehungen** eine zentrale Rolle. Neben der Unterstützung und Pflege innerhalb von Familien wird die gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Nachbarschaften als ein Baustein eines neu und ganzheitlich gestalteten Pflegewesens gesehen. Manche Experten (etwa Klaus Dörner) entdecken in der organisierten Nachbarschaftshilfe (dem „**Dritten Sozialraum**“ neben Familie und Staat/Kommune) die zentrale Einheit der zukünftigen Sozialstaatlichkeit.
- Hinsichtlich informeller nachbarschaftlicher Beziehungen ist es eine wichtige Aufgabe der Kommunen, den öffentlichen Raum in den Quartieren so zu gestalten, dass Begegnungen und Kontakte zwischen den Menschen erleichtert werden. Dazu gehört auch, eine kleinräumig verteilte Infrastruktur für Versorgung und Freizeit sicherzustellen, denn eine solche Infrastruktur schafft Orte der Kommunikation. Informelle soziale Netzwerke sollten jedoch **nicht** als „die“ Lösung gepriesen werden, benötigt wird ein pluraler „Wohlfahrts-Mix“!
- Die Fokussierung auf kleinräumige Altenhilfestrukturen und die Unterstützung eines selbstständigen Lebens im Alter ist im Emsland vorbildhaft.

- Für die Entwicklung lokaler Strukturen der Sorge und Mitverantwortung spielen **soziale Beziehungen** eine zentrale Rolle. Neben der Unterstützung und Pflege innerhalb von Familien wird die gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Nachbarschaften als ein Baustein eines neu und ganzheitlich gestalteten Pflegewesens gesehen. Manche Experten (etwa Klaus Dörner) entdecken in der organisierten Nachbarschaftshilfe (dem „**Dritten Sozialraum**“ neben Familie und Staat/Kommune) die zentrale Einheit der zukünftigen Sozialstaatlichkeit.
- Hinsichtlich informeller nachbarschaftlicher Beziehungen ist es eine wichtige Aufgabe der Kommunen, den öffentlichen Raum in den Quartieren so zu gestalten, dass Begegnungen und Kontakte zwischen den Menschen erleichtert werden. Dazu gehört auch, eine kleinräumig verteilte Infrastruktur für Versorgung und Freizeit sicherzustellen, denn eine solche Infrastruktur schafft Orte der Kommunikation. Informelle soziale Netzwerke sollten jedoch **nicht** als „die“ Lösung gepriesen werden, benötigt wird ein pluraler „Wohlfahrts-Mix“!

- Es gibt keinen einfachen Schlüssel dafür, wie eine lokale Pflegekultur zur gesellschaftlichen Praxis wird. „Es liegen noch wenig systematische Erkenntnisse und so gut wie keine evidenzbasierten Studien darüber vor, wie es gelingt, derartige Versorgungsstrukturen aufzubauen und in einer Weise zu verankern, sodass sie maßgeblichen Einfluss auf die Pflegekultur einerseits und die Verteilung der Versorgungssettings andererseits gewinnen“ (Siebter Altenbericht 206, 189).
- Neue Formen gemischter Sorge- und Pflegearrangements sind angesiedelt zwischen der traditionellen Familienpflege und der Versorgung im Heim. Unbestritten ist, dass ein großer Bedarf an derartigen **Mischformen** besteht. Allerdings gibt es auch große Diskrepanzen zwischen den Wünschen und realistischen Erwartungen an derartige Versorgungsarrangements.
- Modellprojekte können aufzeigen, dass derartige Formen geteilter Verantwortung auf große Nachfrage stoßen (etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften, Tagespflegeprojekte).

- Wenn die sozialräumliche Dimension an Bedeutung gewinnt, ist auch auf lokaler und regionaler Ebene eine **ressortübergreifende** Querschnittspolitik gefragt. Hier sind neben der Politik die Sozialorganisationen und weitere Akteure gefordert, nicht nur ihre Organisationsinteressen zu verfolgen, sondern der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „**Silodenkens**“ aktiv zu begegnen, um sowohl Doppelstrukturen zu vermeiden als auch neue strategische Allianzen mit Akteuren aus anderen Handlungsfeldern aufzubauen.
- Benötigt wird ein **Schnittstellenmanagement**, in dem (zumeist) die Kommunen zusammen mit den zentralen Organisationen und Netzwerken eine wichtige Moderationsfunktion übernehmen.
- In allen Quartieren, vor allem in strukturell benachteiligten Quartieren, werden zudem „**Schlüsselfiguren**“ gesucht, die das Leben vor Ort kennen, geschätzt werden und sich schon länger sozial engagieren. Sie können Aktivitäten anregen und gemeinsame Projekte aufbauen.

- In schrumpfenden Regionen mit drohenden Lücken in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung werden verschiedene **Optionen** zur Sicherstellung diskutiert; u. a. **telemedizinische Versorgungskonzepte**.
- Andere Länder (z.B. in Skandinavien) sind in diesen Versorgungsformen viel weiter: dort geben 68 % der öffentlichen Krankenhäuser an, bereits in der **Routineversorgung** Telemedizin anzuwenden. Auch für den Einsatz von Telemedizin in Deutschland und speziell in ländlichen Regionen gibt es verschiedene Szenarien, die vom Monitoring chronisch erkrankter Patienten (z.B. Patienten mit Herzinsuffizienz, Diabetes) bis zur Unterstützung der Akutversorgung reichen. Dazu gehören auch Teleradiologie, telemedizinische Schlaganfallnetzwerke etc.
- Zwischen ambulantem und stationärem Sektor gibt es zunehmend **Verzahnungen**, ambulante Leistungen werden zum Teil von Krankenhäusern erbracht, niedergelassene Ärzte sind in der vor- und nachstationären Behandlung engagiert. Diese stärkere Verzahnung wird aufgrund größerer Wohnortnähe gerade von alten Menschen präferiert.

- „Quartierentwicklung kostet zunächst einmal Geld; sie bietet aber auch eine Vielzahl von Einsparmöglichkeiten, die genutzt werden können. Spareffekte sind u.a.:
 - » Ausbau der ambulanten häuslichen Versorgung: Finanzieller Vorteil wegen Ressourcenorientierung und dem Hauszögern bzw. Vermeiden des Übergangs in die stationäre Versorgung.
 - » Aktivieren von Nachbarschaften: Ermöglicht rechtzeitiges Eingreifen bei drohender sozialer Isolation, Verarmung, chronischer Erkrankung und beim Auftreten die Teilnahme einschränkender Umstände.
 - » Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen: Verzögert z. B. das Eintreten von Pflegebedürftigkeit.
 - » Aktivieren der Zivilgesellschaft zur (Mit-)Gestaltung des Wohn-, Sozial- und Lebensumfeldes: Einsparungen durch bürgerschaftliche Hilfe und Unterstützung (z. B. handwerkliche Dienstleistungen, Behördengänge, Einkäufe).
 - » Lokale Online-Gemeinschaften: Erhöhen der Kompetenz für den Umgang mit neuen Technologien und Einsparungen im Bereich Information...“ (Vogt-Janssen 2015).

- Prinzipiell gibt es drei Steuerungsmöglichkeiten für die zumeist aus den 1950er bis 1970er Jahre stammenden Wohnungsbestände, die sich auch kombinieren lassen: **Stabilisierung – Qualifizierung – Umstrukturierung** (Wüstenrot Stiftung)
- **Stabilisierungsstrategien** werden notwendig, wenn sich teilweise problematische Entwicklungen abzeichnen (Gebäude entsprechen nicht mehr den heutigen Ansprüchen). Angesichts positiver Rahmenbedingungen kann mit wenigen Maßnahmen eine Stabilisierung erreicht werden.
- **Qualifizierungsstrategien** sind empfehlenswert, wenn sich Schwierigkeiten durch ungünstige Rahmenbedingungen bei der Nutzung zeigen, die andererseits durch Aufwertungsmaßnahmen Wertverfall vermeiden können.
- **Umstrukturierungsstrategien** werden für die Quartiere notwendig, die starke Bevölkerungsabnahmen und bereits heute Nachnutzungsprobleme haben und mit keiner Erholung der Nachfrage zu rechnen ist.
- Gefragt sind also differenzierte **Wohnraum-** und **Versorgungskonzepte** für ältere hilfebedürftige Menschen auf Basis empirischer Erhebungen.

- Einzelne Sozialverbände engagieren sich mit „Wohn-“ und „Kleine-Dörfer-Initiativen“ gegen die **drohende Verschlechterung** der Lebenslage Älterer in schrumpfenden Regionen: Interessant für Landkreise mit einem hohen Anteil von Wohneigentum (im Saarland haben rd. zwei Drittel der Bevölkerung eine eigene Immobilie und es gibt einen hohen Bedarf an altersgerechter Wohnversorgung). Die Forderungen zielen auf folgende Schwerpunkte:
- Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse unabhängig vom Wohnort
- Mobilitätsgarantie unabhängig von Alter und Handicap
- gesundheitliche Versorgung der Bewohner sicherstellen (Erreichbarkeit der medizinischen Infrastruktur, Telemedizin, technische Hilfen)
- Nahversorgung, innerörtliche Kommunikation und Gemeinschaft sichern
- gezielte, „dorffangepasste“ Wirtschaftsförderung und Breitbandausbau
- Unterstützung ehrenamtlicher Strukturen, „Dorf-Budget“ und professionelle „Dorf-Berater“

- „Die Wirkungen von Gesundheitsversorgung, Pflege, von kulturellen Angeboten und Bildungsangeboten ergeben sich in der Regel aus einem Zusammenspiel vieler Angebote im Raum. In der Gesundheitsversorgung finden sich beispielsweise das Krankenhaus im Mittelzentrum, das Gesundheitszentrum in der benachbarten Kleinstadt und die gesundheitliche Pflege vor Ort und Präventionsmaßnahmen im direkten Lebensumfeld. Im Idealfall wird die Daseinsvorsorge überdies regional über räumliche Versorgungsnetze organisiert, die auf den einzelnen Raumebenen subsidiär ausgestaltet werden.“ (Siebter Altenbericht der Bundesregierung 2016, 37)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

Ruhr-Universität Bochum/InWIS

 0234/32-22981

 Rolf.Heinze@rub.de

<http://www.sowi.rub.de/heinze>